

Versicherungsnummer (ggf. der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird)

Kennzeichen (soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Deutsche Rentenversicherung

## Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

# G0600

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigefügte Kopien):  
30,41 EUR

**Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes versehen sind.**

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

### Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum

### Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

Name, Vorname	Geburtsdatum

### Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen	
IBAN (International Bank Account Number)	
DE	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	Rechnungsnummer	Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)



